

引用:陈芷羽,刘锋,吴军尚,王舫泽,刘嘉蓉,瞿慧,符文彬.符文彬“一针二灸三巩固”整合针药模式治疗肌萎缩侧索硬化阳虚痰阻证经验[J].中医导报,2026,32(4):209-212,218.

## 符文彬“一针二灸三巩固”整合针药模式治疗肌萎缩侧索硬化阳虚痰阻证经验\*

陈芷羽<sup>1</sup>,刘锋<sup>2</sup>,吴军尚<sup>3</sup>,王舫泽<sup>3</sup>,刘嘉蓉<sup>1</sup>,瞿慧<sup>1</sup>,符文彬<sup>1,3</sup>

(1.广州中医药大学第二临床医学院,广东 广州 510006;

2.广州中医药大学针灸康复临床医学院,广东 广州 510006;

3.广东省中医院,广东 广州 510120)

**[摘要]** 总结符文彬教授治疗肌萎缩侧索硬化症(ALS)阳虚痰阻证的临证经验。符文彬教授认为ALS核心病机为脾肾阳虚,痰浊阻窍,可采用“一针二灸三巩固”整合针药模式治疗。“一针”以调神宁窍、补益脾肾为核心,疏通脑络与气血;“二灸”交替运用精灸排灸与隔姜铺灸,以通阳消痰、温补脾肾阳气;“三巩固”结合刺络拔罐与皮内针埋穴,通调水道、巩固疗效。同时结合黄芪桂枝五物汤合麻黄附子细辛汤加减内服及药渣外洗,内外合治、多法协同,可延缓患者疾病进展,提高生活质量。

**[关键词]** 肌萎缩侧索硬化症;阳虚痰阻证;整合针灸;符文彬

**[中图分类号]** R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2026)04-0209-04

**DOI:** 10.13862/j.cn43-1446/r.2026.04.033

肌萎缩侧索硬化症(amyotrophic lateral sclerosis, ALS)是一种上、下运动神经元变性导致的进行性瘫痪并伴有肌肉萎缩的运动神经元病(motor neuron disease, MND),临床表现为肌力减退、吞咽障碍、构音不清等异质症候群,部分患者可伴随认知功能下降、情绪异常<sup>[1-2]</sup>。核心发病机制为脊髓内上运动神经元(upper motor neuron, UMN)与下运动神经元(lower motor neuron, LMN)的渐进性退变与凋亡,骨骼肌发生进行性无力。目前临床西药有利鲁唑、依达拉奉、托夫生注射液(Tofersen)以及右美沙芬和奎尼丁组合等<sup>[3]</sup>,其中常用的利鲁

唑、依达拉奉肝肾毒性高。即使是最新获批的小分子药物(如AMX0035),对患者功能下降与生存期的改善效果也较为有限<sup>[4]</sup>。因此,探寻安全且能有效延缓疾病进展的新治疗策略,成为当前ALS临床研究与实践的迫切需求。在这一背景下,针灸凭借其疏通经络、调畅气血、调节脏腑阴阳的独特优势,为ALS的治疗提供了新的思路。

符文彬教授,广东省名中医,师从岭南针灸大家司徒铃教授、国医大师张学文教授和国医大师石学敏院士。符文彬教授通过三十余年的临床钻研和不断创新的针灸理念,积累

\*基金项目:岭南司徒铃针灸流派传承工作室(中医二院[2013]233号);符文彬广东省名中医传承工作室(粤中医办函[2020]1号);石学敏学术经验传承工作室(中医二院[2014]89号)

通信作者:符文彬,男,教授,主任医师,研究方向为针灸治疗抑郁障碍及疑难脑病

149, 153.

- [11] 倪青,陈玉鹏,汤怡婷,等.基于分消走泄法探讨代谢综合征的治疗思路[J].中国中医基础医学杂志,2024,30(6):948-952.
- [12] 司秀影,黄程程,刘璐佳,等.基于“三焦气化”理论运用分消走泄法治疗小儿湿疹[J].西部中医药,2024,37(7):18-21.
- [13] 郭峥,侯一鸣,田昌盛,等.王有鹏运用分消走泄法治疗儿童汗疱疹之临证经验[J].江苏中医药,2022,54(12):19-22.

- [14] 宁百乐,邓启粤,纪雪梅,等.湿温、湿热辨析及其临证意义[J].广州中医药大学学报,2023,40(1):220-223.
- [15] 薛雪.湿热论[M].北京:人民卫生出版社,2007.
- [16] 薛生白.湿热病篇[M].北京:人民卫生出版社,1956.
- [17] 徐大椿.兰台轨范[M].北京:人民卫生出版社,2007.
- [18] 吴塘.温病条辨[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [19] 王钊杰,林可欣,李勇军,等.“辛开苦降”法辨治小儿湿疹思路探析[J].中国中医基础医学杂志,2023,29(6):1025-1028.

(收稿日期:2025-03-13 编辑:罗英姣)

了宝贵的针灸临床经验。其提倡整合针灸学,并在疑难杂病的治疗中取得了显著效果<sup>[5-7]</sup>。针对ALS,符文彬教授创新性采用“一针二灸三巩固”的针药并用模式,有机融合针灸、艾灸、刺络、中药等疗法,形成了立体化干预体系。笔者有幸跟师学习,现将符文彬教授治疗ALS经验介绍如下。

### 1 论治思路

ALS的临床表现源于运动神经元功能的丧失,其中医病名可依受累神经元类型及症状特征界定:当下运动神经元受损,以肌肉无力、萎缩和肌束颤动为主要表现时,本病在中医可归属于“痿证”“颤证”范畴;当上运动神经元受累,出现肌张力增高、腱反射亢进和病理征阳性等临床表现时,符文彬教授则将其对应于中医学中“痉证”。二者并存可称为“痿痉”<sup>[8]</sup>。若疾病进展,累及延髓运动神经元,引发构音障碍、吞咽困难、饮水呛咳及舌肌萎缩等延髓麻痹症状,此症状与中医“瘖瘕”相契合。若累及呼吸肌,导致呼吸功能进行性减退,最终会因呼吸衰竭危及生命。从临床分布证候来看,ALS以进行性肌无力为核心表现,在中医辨证体系中主要归属于“痿证”范畴<sup>[9]</sup>。

痿证是以肢体筋脉迟缓、软弱无力,日久因不能随意运动而致肌肉萎缩的一种病证。病位在肌肉筋骨,涉及五脏六腑。发病机制多为先天禀赋不足,后天失养,脏腑亏损,加之之外邪侵袭,病后痰瘀阻络,筋脉失于濡养<sup>[10]</sup>。现代医学广泛采用的伦敦ALS分期标准,以患者病程中最近累及的功能区域为分期依据<sup>[11]</sup>。中医领域则基于病位及症状特征进行辨证分型。目前分型较多,尚未形成统一的指南。一项Meta分析结果显示,在脏腑辨证中,ALS首发病位为脾肾,分型以脾肾气虚、脾肾阳虚最为常见<sup>[12]</sup>。脾肾亏虚为贯穿疾病全程的核心证型<sup>[8,13-14]</sup>,且随病程进展,可进一步发展为肝肾亏虚、肺脾亏虚。符文彬教授基于长期临床实践得出ALS的核心病机为脾肾阳虚,痰浊阻窍。

**1.1 脾肾阳虚,肌肉脑窍失养** ALS患者多为年过五旬男性<sup>[15]</sup>,契合《素问·上古天真论篇》中“五八,肾气衰,发堕齿槁;六八,阳气衰竭于上”的生理规律。值此年岁,人体先天之本肾气衰败,后天之本脾不顾护,先后天失于相资,终致脾肾阳虚。阳气“若天与日”,通过其温煦、推动、激发与顾护等作用维护脑功能的正常运行<sup>[16]</sup>。阳气不足则出现脑窍失养,导致脊髓前角上运动神经元病变。《素问·生气通天论篇》云:“阳气者,精则养神,柔则养筋。”阳气不足则不可温煦筋肉,出现肌肉无力、跳动。阳气不足精神无法内守,则出现情绪低落、焦虑。阳虚则阴盛,阳气不足则阴翳生,导致痰湿病理产物积聚。

脾为后天之本,主生化气血。脾阳不足则健运失司,气血生化乏源,“四肢不得禀水谷气”,肌肉失于濡养,症见肌肉无力、萎缩。此为多数ALS患者的发病之始<sup>[17]</sup>。肾为先天之本,主藏精生髓、通于脑。肾阳亏虚则肾精不能上濡脑窍。脑髓空虚,导致上运动神经元退变,大脑皮层运动指令传导异常,出现病理征阳性,腱反射亢进,肌肉颤动等症状。足少阴肾经“循喉咙,挟舌本”。肾阳亏虚则精气不能上荣舌本,导致言语含糊;阳气不能下达下肢则导致四肢冰凉、肢体废用。《素问·脉解篇》言:“内夺而厥,则为暗俳,此肾虚也,少阴不至者,厥

也。”亦印证了本病发生与肾的联系。

基于此,符文彬教授临证时围绕脾肾阳虚的核心病机,选用大灸、排灸背部督脉穴位以振奋阳气;针刺太溪、足三里、内关、公孙及“引气归元”穴位组合(中脘、下脘、气海、关元),其中太溪补肾填精,足三里健脾和胃,内关、公孙增强健脾之力,“引气归元”穴位组合(中脘、下脘、气海、关元)补益先后天阳气;中药以黄芪桂枝五物汤合麻黄细辛附子汤加减以温补脾肾。针刺操作应严格遵循补法规范“久留之,必先按而循之,已发针,疾按其痛,无令其血出”,确保补阳效果的同时,避免正气耗损。

**1.2 阳虚生痰阻络,多脏受累危重** ALS为进行性疾病,随疾病进展骨骼肌运动功能会全面丧失。吞咽肌、呼吸肌瘫痪会导致吞咽、呼吸障碍,进而引发严重营养不良、坠积性肺炎,甚则出现呼吸衰竭、肺栓塞等致命并发症。符文彬教授认为,这些危重证候的发生,根源在于脾肾阳虚日久生痰,痰浊阻滞经络与脏腑,进而累及肺脏,形成“多脏同病”的复杂病机。

脾主运化水液,肾主蒸腾水液,二者共同协调水液代谢。脾肾阳虚则水液运化失常,水湿内停聚而成痰。痰浊随气机流注全身,阻滞局部肌肉则出现肌肉抽动,阻滞筋脉则引发肢体痉挛,阻滞胃肠则导致腹胀、排便不畅,阻滞咽喉则引起构音障碍,阻滞脑络则加重脊髓前角运动神经元、脑干延髓运动核团麻痹,甚至引发额颞叶神经元变性,导致面具脸、吞咽障碍,并伴随抑郁、焦虑、谵妄等精神障碍。

脾为肺之母,肾为肺之子。脾肾阳虚日久极易“母病及子”“子病及母”,累及肺脏致肺阳亏虚。脾虚则水谷之气不足,肺合成宗气乏源,出现活动后气短;肾阳不足则纳气失司,呼吸吐纳失衡;脾虚后期膈肌、呼吸肌瘫痪,丧失自主呼吸能力。《素问·经脉别论篇》言:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾;脾气散精,上归于肺。”脾肾阳虚时,脾的运化枢纽与肾的温煦根本受损,则水湿内停壅滞肺脏,形成“寒水凌肺”之证。肺的宣发肃降功能失常,导致痰涎与唾液等病理分泌物增多,阻塞呼吸道,进一步加重呼吸困难。

针对这一病机特点,符文彬教授在临床治疗中强调“调神为先、化痰通络”。针灸选穴以调神宁窍穴位为首要,如:速刺风池、风府等穴预防延髓麻痹,刺络拔罐三焦俞、阴陵泉以通调水道,埋皮内针于肺俞、脾俞、肾俞等穴以调理三脏功能、恢复水液代谢能力,从而减轻痰浊阻滞。

### 2 “一针二灸三巩固”整合针药模式

因ALS以“脾肾阳虚,痰浊阻窍”为核心病机,且病位涉及肺、脾、肾、脑等多脏腑,单一针灸疗法存在局限。目前临床研究已证实针药结合、电针治疗ALS有效率高<sup>[18]</sup>,故符文彬教授以整合思维构建治疗体系,强调多法联用、内外合治,通过“一针”疏通经络,“二灸”温补阳气,“三巩固”维持疗效,协同逆转虚损与痰浊互结之势。

**2.1 一针——补益脾肾,调神宁窍为先** 针刺可疏通经络、补益脾肾、调神宁窍,为治疗奠定基础。

**2.1.1 调神宁窍为先** 取穴:百会、印堂、头维、承浆。ALS由脊髓内上运动神经元与下运动神经元的退变与凋亡引起,后期会导致延髓麻痹。针刺应强调“调神”以改善脑部气血供

应。同时,《灵枢·本神》指出“凡刺之法,必先本于神”,故针刺时医者当以神会神,确保针入得气、经气通畅。

督脉“入络脑”,“脑为元神之府”。百会、印堂皆为督脉之腧穴,二者共奏调神宁窍之效。百会位于巅顶,为阳中之阳,是督脉与多条阳经的交会穴,可调动全身之阳气上注脑府,延缓神经元退变;印堂可协同改善脑部气血供应。任脉是“阴脉之海”,能统摄全身阴血以濡养脑髓。承浆穴为任脉终穴,与督脉穴位搭配可联通任督,维持脑府阴阳平衡。阳明经多气多血。承浆位于手足阳明经循行处,契合“痿证独取阳明”理论。足阳明经之头维通调阳明经血,可辅助改善面部神经肌肉功能,延缓构音障碍、面部肌肉无力等症状。

若患者疾病进展快,可加用石氏醒脑开窍法速刺法针刺风池、完骨、翳风。此穴位可以改善患者椎基底动脉及颈内动脉的血液供应,改善脑组织血氧供应<sup>[9]</sup>,预防延髓麻痹。

2.1.2 补益脾肾并重 取穴:引气归元穴组(中脘、下脘、气海、关元)、腹四关穴组(滑肉门、外陵)、太溪、足三里、公孙、内关。脾为后天之本,肾为先天之本。二者相互资生,共同运化水液,濡养肌肉筋骨。补益脾肾是改善ALS肌肉萎缩、肢体无力”的关键。

中脘、下脘合用,健脾益胃,补后天之气;气海、关元补先天之元气。此穴位可补益先后天之气。滑肉门、外陵为足阳明经穴位,分别位于脐上、脐下,左右对称分布,形成“上下呼应、左右兼顾”的腹部气机调节枢纽。两穴合用,疏通中焦,化痰通络。研究表明,针刺滑肉门、外陵,可通过调整肠道菌群、改善肠道微环境、激活迷走神经、降低炎症反应、调节神经递质等多重途径,调节菌群-肠-脑轴<sup>[10]</sup>,促进脾胃升降功能恢复,进而抑制ALS中枢神经炎症,延缓运动神经元退变,维护运动神经中枢功能<sup>[21]</sup>。太溪为肾经原穴,具有补充肾精、温煦肾阳之功;足三里为胃经合穴、下合穴,可调理脾胃、补益气血,改善肌肉失养。公孙为八脉交会穴,通冲脉。冲脉为“十二经之海”“血海”。气血充盈则冲脉气盛而动,从而推动气血循行周身;气血逆乱,冲脉便脉动失序,可引发肌肉跳动之不适。同时,公孙为脾经络穴,可通过调节脾经气血以充养冲脉,从根源平复其失序之脉动。内关为八脉交会穴,通阴维脉。阴维脉可调节阴经气血运行。内关与公孙搭配可以调理气血、止冲脉逆动。

2.1.3 毫针法针刺方案 取穴:百会、印堂、头维、承浆、引气归元穴组(中脘、下脘、气海、关元)、腹四关穴组(滑肉门、外陵)、足三里、太溪、公孙、内关。病程进展较快患者可搭配石氏醒脑开窍后组穴位(风池、完骨、翳风)。

针具选择:头面、四肢选用0.25 mm×0.25 mm一次性无菌针灸针,腹部穴位选用0.25 mm×0.40 mm一次性无菌针灸针。

操作步骤:患者取坐位,常规消毒后,针刺石氏醒脑开窍后组穴,速刺不留针<sup>[6]</sup>;再令患者仰卧位,百会向后平刺15 mm,印堂与皮肤呈30°角向下斜刺12 mm;引气归元组穴、腹四关组穴均直刺15~20 mm;余穴常规针刺。每次留针30~40 min,出针时需用棉签按压出针孔。

2.2 二灸——通补阳气,治本以消痰浊 精灸排灸与隔姜铺灸交替,可温通督脉,温补脾肾阳气,消散痰浊。

2.2.1 艾灸 取穴:背部督脉穴位。督脉为阳脉之海。《难经·二十八难》载其“起于下极之俞,并于脊里,上至风府,入属于脑”。ALS病变核心在脊髓前角细胞。督脉循行于脊柱内,与脊髓、脑髓直接相连,故选取督脉补一身之阳。

“针之不为,灸之所宜”。ALS以脾肾阳虚为核心病机,阳气亏虚则痰浊内生,艾灸可通阳补阳。艾炷持续燃烧,使温热之气由肌表透达经脉,通达五脏六腑、十二经脉,循行周身;选取合理灸量,可避免滋腻碍胃、伤阴动血之弊<sup>[22]</sup>。生姜汁渗透肌表、扩张局部血管,与艾灸相配合,共奏温阳散寒、温通气血、畅通经络之效<sup>[23]</sup>。精灸取穴精准,耗材省、灸量可控、烟雾少;隔姜铺灸温通之力强,但耗材多、对皮肤刺激性大。二者交替施用,以精灸为主(精灸每周4~5次,隔姜铺灸每周2次),可兼顾临床疗效与使用安全性。

2.2.2 艾灸治疗方案 艾绒选择:黄金艾绒,每80 g艾叶加工制成1 g精细艾绒。

精灸排灸:取穴为风府至腰阳关每椎1穴。操作:针刺结束后,患者俯卧位。穴位涂抹万花油后,将艾绒搓成2 mm×3 mm的圆锥状置于穴位,线香点燃艾炷尖端。患者诉有灼热感时立即用镊子夹开艾炷,此为1壮,共2壮。耐热的患者可视情况按灭艾炷。

隔姜铺灸:取穴为大椎至腰阳关,大杼至膀胱俞。操作:患者俯卧,背部涂抹凡士林,敷5 cm宽、2 cm厚姜泥,放置2~3 cm三角锥状艾绒,于艾炷中间喷少量酒精后点燃;若患者诉烧灼疼痛明显,用镊子夹走艾炷,重复施灸,共2壮。待最后一壮艾绒燃尽,用镊子移除艾灰、姜泥,用无菌纱布蘸温水轻轻擦拭背部皮肤。

2.3 三巩固——通调水道以消痰浊 刺络拔罐与皮内针埋穴,可通调水道,巩固疗效,预防病情进展。

2.3.1 刺络拔罐 取穴:三焦俞、阴陵泉。三焦通调全身之气机、水道。疏通三焦可令水液通调,浊痰消弭。阴陵泉为脾经之合穴,可健脾利水,从源头上减少水湿生成。符文彬教授临床运用刺络拔罐时,点刺量轻、留罐时间短,主要起刺激穴位的作用。操作:患者俯卧位,寻找穴位附近瘀络及反应点,常规局部消毒后,用7号注射针头快速点刺反应点,闪火法拔罐30 s,起罐后按压止血。

2.3.2 埋针 取穴:肺俞、脾俞、肾俞、膻中。耳针:脑干、肩、髌。肺俞、脾俞、肾俞可调理脏腑,膻中可预防延髓麻痹造成的呼吸困难。耳穴脑干干预可防延髓麻痹。此外,可视患者目前四肢运动情况选取肩、髌等局部穴位。操作:常规消毒后,选用0.22 mm×1.50 mm颗粒型皮内针,留针2~3 d。复诊时更换。

2.4 中药——内服补阳气,外洗通经络 ALS为慢性退行性病变,阳气耗损日久。《灵枢·邪气脏腑病形》云:“诸小者,阴阳形气俱不足,勿取以针,而调以甘药也。”针灸可调动体内正气以抗邪。若患者正气不足,形体不充时,则针灸效果不佳,故需用中药以温补阳气,顾护营卫,增强自身免疫,预防并发症。符文彬教授临床多选用黄芪桂枝五物汤合麻黄附子细辛汤加减。黄芪桂枝五物汤益气养血。方中黄芪为君药,入肺、脾经,补中益气、升阳固表,补后天脾胃以生气血,助经络通畅;桂枝、芍药调和营卫,养经络之血,使血足而脉畅,濡润

肢体筋脉。麻黄附子细辛汤温阳散寒，直补先天肾阳、搜剔经络间深伏之寒邪。两方合用，共奏温阳益气、和血通络之效，如此阳生而寒散，血足而络通，阳气周流不息，气血濡养如常，助力延缓病症进展。

临证加减：肾精亏损者加龟甲胶、鹿角胶通补任督；肢体拘挛、麻木疼痛者，加威灵仙、木瓜通经活络、舒筋缓急。符文彬教授特别强调，中药煎煮两次后，以药渣药液外洗患处或周身，可通过皮肤渗透进一步发挥通经活络之效。

### 3 验案举隅

患者，男，51岁，2025年8月15日就诊，主诉：渐进性乏力、肌肉萎缩1年余。2025年8月15日以“肌萎缩侧索硬化”入院。患者2024年7月无明显诱因下出现左足踇趾背伸麻木、活动受限，逐渐出现左下肢麻木、乏力，行走欠稳，渐进性出现双下肢乏力伴肌肉萎缩，曾出现多次跌倒，无意识不清，无言语不利，无四肢抽搐，无恶心呕吐等不适，外院诊断为“腰椎间盘突出”“腰骶神经根炎症”，予激素、针灸治疗后症状改善不明显。2025年7月患者出现上肢乏力，下肢肌肉频繁跳动。血液神经丝链蛋白：40.97 pg/mL。肌电图：双下肢周围神经损害（左侧较重），上下肢及胸段脊旁肌神经源性损害，考虑诊断为“肌萎缩侧索硬化”，医师建议患者予利鲁唑口服（50mg/次，2次/d），服用后双上肢乏力较前改善。刻下症见：神志清，精神尚可，双下肢乏力、麻木，左侧为甚，左足踇趾背伸活动受限，跨域步态，行走欠稳，四肢肌肉萎缩，间中肌肉跳动，畏寒，腰背部怕冷明显，无四肢抽搐，无二便失禁，无呼吸困难，无胸闷胸痛等不适，纳可，眠差，二便调。舌淡暗，苔白微腻，脉弦、沉，尺脉弱。既往史：否认高血压、糖尿病、冠心病等慢性病史。专科查体：高级神经系统及颅神经查体未及异常，咽后壁感觉减弱，双侧咽反射减退；双上肢肌力5级，左下肢肌力4级，双上肢肌容积下降，胸大肌、肩胛部肌肉萎缩，可见“分裂手”现象，腱反射(+)，罗索利莫征左侧(+)。肝功能检查提示：丙氨酸氨基转移酶343 U/L，天冬氨酸氨基转移酶130 U/L。排除病毒感染及基础肝病后，经肝病科会诊考虑为“药物性肝损伤”，建议停用利鲁唑。因依达拉奉价格昂贵患者拒绝使用。西医诊断：肌萎缩侧索硬化。中医诊断：痿证（脾肾阳虚，痰浊阻窍）。予整合针灸、中药方案，采用体针针刺、精灸、铺灸、刺络、埋针、中药口服、中药外洗治疗。（1）针刺：百会、印堂、头维、承浆、引气归元、腹四关、公孙、内关、足三里、太溪。（2）艾灸：精灸排灸风府至腰阳关每椎一穴；生姜铺灸督脉、膀胱经。（3）刺络拔罐：三焦俞、阴陵泉。（4）埋针：肺、脾、肾俞、膻中；耳针：脾、肾、脑干、肩、髌。（5）中药：黄芪桂枝五物汤合麻黄附子细辛汤加减。处方：黄芪50g，桂枝15g，白芍15g，生姜10g，甘草5g，麻黄5g，熟附子10g（先煎），细辛3g，威灵仙15g。10剂，1剂/d，水煎服，分2次温服。停用利鲁唑。针灸+精灸+刺络拔罐、中药每周5次，生姜铺灸+埋针每周2次。

2025年8月27日，治疗12d后，患者双下肢乏力好转，自诉畏寒、腰背部怕冷症状明显改善，肌肉跳动频率减少，病情好转后出院。

患者定期每周2次门诊就诊，睡眠仍有不佳，下肢乏力反复出现。针灸方案中针刺减内关、公孙，加列缺、照海；艾灸减

铺姜灸；中药减麻黄、附子、威灵仙，加生晒参、龟甲胶、鹿角胶。7剂，1剂/d，水煎服，分两次温服。

2025年10月20日复诊，患者自觉行走有力，睡眠质量明显改善，仅偶发肌肉跳动，四肢肌肉萎缩无进展。

按语：本案患者从发病到确诊ALS超过1年，因早期误诊延误干预，病情从单侧下肢进展至四肢。患者双下肢乏力明显，频发肌肉跳动，究其核心病机为脾肾阳虚，痰浊阻窍。脾肾气虚则运化失司、气血乏源，肌肉失养而见乏力、萎缩。阳气精则养神，柔则养筋。气虚日久及阳，阳虚致筋脉失温、神窍失养，故肌肉跳动、睡眠差；阳虚生内寒，则畏寒、腰背部怕冷。舌淡、脉沉尺弱为脾肾亏虚之征。痰浊阻滞经络窍道，则腱反射异常、罗索利莫征阳性。苔白腻、脉弦为痰浊内停之象。中药以麻黄附子细辛汤加威灵仙祛膀胱经之寒，隔姜铺灸大温督脉，针灸处方中以内关、公孙调气血止肌肉跳动。治疗12d后患者畏寒、肌肉跳动明显好转。复诊时患者睡眠仍有不佳，乏力反复出现，故治以阴阳双补、兼顾安神。中药减辛燥之麻黄、附子以防伤正，加生晒参、龟甲胶、鹿角胶填精补脏；针刺列缺、照海改善睡眠。2个月后复诊，患者病情平稳，生活质量明显提高。

### 参考文献

- [1] YOUNGER D S, BROWN R H. Amyotrophic lateral sclerosis[J]. Handbook of Clinical Neurology, 2023, 196: 203-229.
- [2] FELDMAN E L, GOUTMAN S A, PETRI S, et al. Amyotrophic lateral sclerosis[J]. Lancet, 2022, 400(10360): 1363-1380.
- [3] SEVER B, CIFTCI H, DEMIRCI H, et al. Comprehensive research on past and future therapeutic strategies devoted to treatment of amyotrophic lateral sclerosis[J]. Int J Mol Sci, 2022, 23(5): 2400.
- [4] MEAD R J, SHAN N, REISER H J, et al. Amyotrophic lateral sclerosis: A neurodegenerative disorder poised for successful therapeutic translation[J]. Nat Rev Drug Discov, 2023, 22(3): 185-212.
- [5] 李雅雯, 吴炳鑫, 顾小钗, 等. 符文彬疏肝调神整合针灸治疗卒中后抑郁临床经验[J]. 中国针灸, 2025, 45(4): 510-515.
- [6] 叶子愚, 刘露, 梁雪松, 等. 符文彬教授整合思维“一针二灸三巩固”模式治疗喉带状疱疹伴声带麻痹的临床经验[J]. 中国针灸, 2024, 44(2): 195-199.
- [7] 董甸, 黄熙畅, 赵蜜蜜, 等. 符文彬运用整合针灸治疗分离转换性障碍验案1则[J]. 湖南中医杂志, 2023, 39(12): 67-68, 74.
- [8] 董兴鲁, 韩奕, 张肖, 等. 运动神经元病中医临床辨治思路探讨[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(4): 1647-1649.
- [9] 时晶, 魏明清, 李婷, 等. 肌萎缩侧索硬化中医证候分型量表研究[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2025, 17(8): 32-37.

(下转第218页)

- [34] 符华露,叶火成,欧阳子琛,等.清热渗湿降浊法联合水飞蓟宾葡甲胺片治疗湿热蕴结型非酒精性脂肪性肝炎临床疗效观察[J].广州中医药大学学报,2024,41(7):1744-1750.
- [35] 章方玲,孔向军,吴梅,等.金线莲化学成分与药理作用研究进展[J].亚太传统医药,2025,21(5):223-233.
- [36] 崔爽,田婧卓,梁爱华.从栀子的效-毒双向作用论合理用药与科学监管[J].中国中药杂志,2025,50(13):3635-3644.
- [37] 田婧卓,王连媚,易艳,等.长期给予大黄素诱导的肝损伤与胆汁酸代谢相关的机制研究[J/OL].中国中药杂志,1-10(2025-01-08)[2025-02-08].https://doi.org/10.19540/j.cnki.cjcm.20250103.704.
- [38] 黄元御.长沙药解[M].北京:中国医药科技出版社,2017.
- [39] 温欣,周洪雷.鳖甲化学成分和药理药效研究进展[J].西北药学杂志,2008,23(2):122-124.
- [40] MENG X B, PAN Z Q, ZHAO J W, et al. Efficacy and safety of Fufang Biejia Ruangan Tablets as an adjuvant treatment for chronic hepatitis B liver fibrosis: A systematic review and meta-analysis[J]. Medicine (Baltimore), 2022, 101(46):e31664.
- [41] 李中梓.医宗必读[M].北京:中国中医药出版社,2020.
- [42] 魏之秀.续名医类案[M].黄汉儒,点校.北京:人民卫生出版社,1997.
- [43] 张晟安,张炜捷,周文君,等.一贯煎的临床应用:一项Meta分析[J].中西医结合肝病杂志,2024,34(11):1008-1016.
- [44] 陈珺明,安德明,柳涛,等.二至丸与失笑散对胆汁淤积性肝纤维化大鼠uPA的调控[J].时珍国医国药,2009,20(7):1590-1592.
- [45] ARRIAZU E, DE GALARRETA M R, CUBERO J, et al. Extracellular matrix and liver disease[J]. Antioxid Redox Signal, 2014, 21(7):1078-1097.
- [46] 周仪.蒙古黄芪与膜荚黄芪的生长参数、代谢组学及转录组学的比较[D].长春:吉林农业大学,2024.
- [47] AN E K, ZHANG W, KWAK M, et al. Polysaccharides from Astragalus membranaceus elicit T cell immunity by activation of human peripheral blood dendritic cells [J]. Int J Biol Macromol, 2022, 223(PtA):370-377.
- [48] 施艾每,孙宏新.黄芪多糖抗肿瘤研究的可视化分析[J].中医导报,2024,30(7):118-128,134.

(收稿日期:2025-02-16 编辑:罗英姣)

(上接第212页)

- [10] 还涵,夏星,武九龙,等.针刺治疗运动神经元病的研究进展[C]//新时代 新思维 新跨越 新发展——2019中国针灸学会年会暨40周年回顾.武汉,2025:1192-1195.
- [11] BALENDRA R, AL KHLEIFAT A, FANG T, et al. A standard operating procedure for King's ALS clinical staging[J]. Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener, 2019, 20(3-4):159-164.
- [12] 刘跃斌,杨丹,周晶晶,等.中医药治疗肌萎缩侧索硬化的荟萃分析[J].时珍国医国药,2024,35(11):2692-2697.
- [13] 王明哲,龚帆,张静思,等.不同临床分型与分期的肌萎缩侧索硬化症患者中医证候特征研究[J].上海中医药大学学报,2022,36(2):9-12,19.
- [14] 汪双双,杨晓军.邓铁涛教授治疗肌萎缩侧索硬化症经验整理[J].广州中医药大学学报,2010,27(3):310-312.
- [15] TALBOTT E O, MALEK A M, LACOMIS D. The epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis[J]. Handb Clin Neurol, 2016, 138:225-238.
- [16] 谢星宇,李薇晗,阎路达,等.符文彬基于“从阳论治”精灸治疗中医脑病探讨[J].针灸临床杂志,2023,39(9):86-90.
- [17] 中华医学会神经病学分会肌萎缩侧索硬化协作组.肌萎缩侧索硬化诊断和治疗中国专家共识2022[J].中华神经科杂志,2022,55(6):581-588.
- [18] 李莹莹,孙远征,王仕林,等.针刺治疗肌萎缩侧索硬化症研究进展[J].中医学报,2024,39(8):1701-1706.
- [19] 王茸,许军峰,俞晓阳.石学敏院士治疗中风后吞咽障碍思路浅析[J].中医学报,2022,37(12):2608-2612.
- [20] 邢敏,乔丽娜,万红叶,等.基于菌群-肠-脑轴的针刺作用机制研究进展[J].针刺研究,2025,50(6):728-734.
- [21] 骆嵩,李理,马博,等.肌萎缩侧索硬化与肠道微生物关系的研究进展[J].中国实用神经疾病杂志,2022,25(12):1581-1584.
- [22] 符文彬.广东省名中医符文彬针灸学术精华与临证[M].广州:广东科技出版社,2023.
- [23] 张丽,杨英豪,刘姝,等.督脉灸疗法的理论基础及临床应用[J].中医临床研究,2017,9(18):113-115.

(收稿日期:2025-11-08 编辑:蒋凯彪)